



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Análisis de desgaste profesional (burnout) y estrategias de autocuidado en el desarrollo del proyecto CTD Ambulatorio Santiago (Centro de Tránsito y Distribución).

Memoria para optar al título de Psicóloga.

Autora: M^a Francisca Dintrans Durand.

Profesora Patrocinante: Ps. Mg. Carolina Navarro Medel.

Santiago, Chile

2007

I. RESUMEN

En la realización de práctica profesional en el CTD Ambulatorio Santiago fue posible percibir un elevado agotamiento en sus profesionales el cual podría asociarse, entre otras variables, a nuevas demandas judiciales y a la temática laboral. En esta reflexión se pretende analizar las respuestas del proyecto frente a estos factores, reconociendo riesgos y estrategias de autocuidado. La metodología contempla el estudio de aspectos teóricos y recogida de datos cualitativos, incluyendo revisión de documentación, experiencia de práctica y un cuestionario autoaplicado a profesionales. Al respecto, se podría señalar que los profesionales presentan sintomatología que corresponde a las descripciones teóricas de burnout, observándose consecuencias tanto a nivel individual, de equipo y organizacional (clima negativo). Si bien se hacen intentos de autocuidado a nivel de equipo, observándose recursos a potenciar, se considera importante el compromiso de la institución en relación al cuidado de estos, destacándose también la responsabilidad de SENAME de hacerse cargo de estos temas, como administración central de programas de infancia.

II. INTRODUCCIÓN

Trabajar promoviendo y protegiendo los derechos de niños y niñas, previniendo situaciones de vulneración, es en definitiva para el Estado una inversión, constituyéndose en un ejercicio indispensable para esta sociedad (Instituto Chileno de Estudios Humanísticos [ICHEH], 2004-2005). Al respecto, es el Servicio Nacional de Menores (SENAME) quien se encarga de esta tarea –por medio de centros de administración directa y la colaboración de instituciones públicas o privadas- presentando una oferta de programas especializados en diversas áreas. De este modo, se distinguen los programas de diagnóstico, cuya labor se centra en la evaluación psicológica y social de niños, niñas y adolescentes posiblemente vulnerados en sus derechos, derivados por Tribunales y Fiscalía.

Al respecto, Barría (2003) refiere un diagnóstico realizado por el SENAME (1992) en el cual se menciona la existencia de alta rotación entre los profesionales que trabajan en la institución, desmotivación en el transcurso del tiempo y desgaste emocional producto de atender niños y niñas en situación de vulneración de derechos o que hayan infringido la ley penal. Asimismo, Arón y Llanos (2004) señala que “quienes trabajan con víctimas de cualquier tipo de violencia están expuestos a un nivel de desgaste profesional, en lo personal que puede llegar al agotamiento profesional o burnout y ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo. A la vez que estas temáticas impactan también a los equipos de trabajo erosionándolos con graves consecuencias tanto para la supervivencia de los equipos, para sus integrantes como para los consultantes” (Arón y Llanos, 2004, p. 1).

En el contexto de realización de la práctica profesional en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago (Centro de Tránsito y Distribución) –correspondiente a un programa de diagnóstico- es posible distinguir multiplicidad de temáticas relacionadas a vulneración de derechos de los niños, en donde el maltrato o negligencia se constituye como situación base para la mayoría de los evaluados, a lo cual se suma escasez de recursos o factores protectores a nivel familiar y social, y situación de pobreza, constituyéndose en un “circulo vicioso” muy difícil de abordar, lo cual, en lo personal, provocó un fuerte sentimiento de impotencia.

Por otra parte, cabe señalar que el proyecto CTD Santiago se desarrolla en un marco judicial, debiendo responder a nuevas demandas en relación a la creación de Tribunales de Familia y Fiscalía (por ejemplo: disminución de plazos en entrega de informes, calidad de pericias de los informes con obligatoriedad de defensa en juicio oral, etc.), por lo cual se estima

sobredemanda técnica y aumento de cobertura de casos en los equipos que trabajan en diagnóstico, manteniéndose el número de profesionales.

En relación a todo lo anterior, surge el interés de analizar la respuesta del proyecto CTD Ambulatorio frente a la temática de trabajo y las nuevas demandas presentes. Inicialmente, en base de la experiencia y observaciones de la práctica profesional, se percibe impacto y afectación principalmente a nivel de los profesionales del proyecto; hipotetizándose que quizás pudieran estar afectados más profundamente, presentando algunas características del síndrome de burnout o desgaste profesional. Como referencia a la hipótesis expuesta, se puede indicar la investigación de Barría (2003), quien realiza una evaluación a asistentes sociales de distintos programas de la Red SENAME, señalando que el 66,2% presentan proclividad al burnout, hipotetizando que la mayoría de las instituciones ligadas a SENAME sufren de estrés crónico.

De este modo, resulta interesante investigar acerca de los principales riesgos a los cuales se encontraría expuesto el proyecto CTD Ambulatorio Santiago – como institución de la Red SENAME- y sus posibles manifestaciones tanto a nivel de equipo como individualmente.

La relevancia de este estudio estaría dada por el aumento de programas por parte del gobierno relacionados a infancia y maltrato; siendo el adecuado mantenimiento, funcionamiento y sanidad de los profesionales y equipos que trabajan en el área, indispensable en la realización de un trabajo que requiere elevada calidad, principios éticos, compromiso y motivación. Asimismo, es preciso destacar que tanto el bienestar o malestar de los profesionales como del equipo de trabajo, repercuten directamente sobre los usuarios del proyecto (Arón y Llanos, 2004), por lo cual resulta relevante centrar la mirada y preocupación por el autocuidado en el proyecto CTD Santiago.

Se plantea que el análisis del contexto, de las dinámicas de equipo y de los profesionales del CTD Santiago, podría constituirse en una herramienta útil para el reconocimiento de las condiciones que pudieran estar afectando negativamente el desarrollo del proyecto, así como de los recursos existentes o potenciales para su mejoramiento. Dado lo anterior, se pretende estudiar al equipo CTD Ambulatorio Santiago, analizando la relación entre el tipo de trabajo, las nuevas demandas contextuales, los profesionales, la conformación del equipo, la institución, el desgaste profesional o burnout, estrategias de autocuidado, etc.; con una comprensión sistémica del fenómeno, con el fin último de enfatizar la preocupación por ésta temática a nivel institucional.

De este modo, se llevará a cabo una reflexión que contemple diferentes aspectos teóricos e investigación en torno a los conceptos de desgaste profesional y autocuidado, lo cual se contrastará con documentación relacionada al proyecto (Proyecto CTD Centro Diagnóstico Psicosocial Ambulatorio Santiago, ICHEH, 2004-2005; Guía para la Intervención Técnica en Protección de los Derechos de la Infancia, SENAME, 2006a; Bases Técnicas Programa de Diagnóstico, SENAME, 2006b), la propia experiencia de práctica profesional, observaciones e información proveniente de un cuestionario autoaplicado a 3 profesionales del proyecto (Anexo), lo que posibilitará la formulación de hipótesis respecto al funcionamiento del CTD Ambulatorio Santiago.

III. OBJETIVOS

General

Describir las características y dinámicas de trabajo del proyecto CTD Ambulatorio Santiago, con el fin de reflexionar y comprender cómo los fenómenos de desgaste profesional y autocuidado podrían presentarse en este grupo.

Específicos

- Describir características generales y metodología del proyecto CTD Ambulatorio Santiago.
- Analizar la temática de desgaste profesional en el equipo de trabajo de CTD Ambulatorio Santiago desde distintos enfoques teóricos, reconociendo factores de riesgo e indicadores del fenómeno que se presenten.
- Analizar los procesos y estrategias de autocuidado en el equipo CTD Ambulatorio Santiago, en base lo descrito en investigaciones afines.

IV. DESARROLLO

1. Proyecto CTD Ambulatorio Santiago (Centro de Tránsito y Distribución).

El SENAME es el organismo del Estado que tiene, dentro de sus principales misiones, la protección de niños, niñas y adolescentes posiblemente vulnerados en sus derechos y la contribución a la inserción social de adolescentes que han infringido la Ley Penal (Servicio Nacional de Menores [SENAME], 2006a). Teniendo como marco principal la Convención Internacional de los Derechos de los Niños (1989) y el Plan Nacional de la Infancia y Adolescencia 2001-2010; diseña intervenciones en las líneas de promoción, prevención, protección y restitución de sus derechos (ICHEH, 2004-2005).

Cabe señalar que SENAME realiza su labor a través de la oferta de programas especializados en coordinación con actores públicos o privados, entregando a estos organismos recursos, lineamientos de las políticas públicas que enmarcan su trabajo, orientaciones técnicas y supervisión correspondiente (SENAME, 2006a). En este contexto, y entendiéndose que “toda medida de protección, y por ende, todo proceso de intervención requiere de la evaluación clara y precisa de la vulneración de derechos que originó la necesidad de ésta y de dicha acción” (SENAME, 2006b, p. 2), el SENAME entrega a los Programas de Diagnóstico esta tarea.

De este modo, los Centros de Diagnóstico serían instancias abocadas a la protección de niños, niñas y adolescentes -menores de 18 años, cuyos derechos posiblemente se encuentren vulnerados y también de aquellos que habiendo cometido algún tipo de infracción a la ley penal son sujetos inimputables- derivados por Tribunales y Fiscalía para evaluar su situación psicológica y social, y realizar sugerencias respecto a las acciones a seguir en cada caso. En este punto, es importante recalcar que los diagnósticos deben realizarse desde el enfoque de los derechos del niño, considerándolo como sujeto de derecho y centrando todas las intervenciones en su interés superior (SENAME, 2006a).

En este contexto, la Fundación León Bloy (ex Instituto Chileno de Estudios Humanísticos [ICHEH]) corresponde a la institución colaboradora de SENAME que desarrolla el proyecto CTD Ambulatorio Santiago, el cual se enfoca en el diagnóstico de niños, niñas y adolescentes que cumplan con las características de los sujetos de atención; provenientes de las comunas de Santiago, Estación Central, Providencia, San Joaquín y La Granja, de la Región Metropolitana.

1.1 Objetivos del proyecto (Proyecto CTD – Centro Diagnóstico Psicosocial Ambulatorio Santiago, ICHEH, 2004-2005).

Objetivo General:

Contribuir al proceso de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, a través de un diagnóstico que permita adoptar aquellas medidas que posibiliten la restitución de los derechos vulnerados que motivaron su ingreso al CTD Ambulatorio.

Objetivos Específicos:

1. Realizar una evaluación que permita diagnosticar la situación de vulneración de derechos que justificó el ingreso de un niño, niña o adolescente al centro.

Dentro de este objetivo, las metas son:

a. Ingreso al proceso de calificación de 360 niños, 60% derivados de tribunales, 35% desde la red local y SENAME, 5% por demanda espontánea, en el período de 1 año.

(Aproximadamente 15 niños al mes por cada profesional).

Actividades: formalización de compromiso adquirido por los usuarios, entrevista con el niño y adulto responsable, realización de anamnesis tanto del niño como de los adultos a cargo y elaboración de plan de acción para cada caso.

b. Evaluar vulneración de derechos en el 100% de los casos (determinación del tipo de vulneración, daño, grado de vulnerabilidad y sugerencia de restitución del derecho vulnerado), realizando un informe.

Actividades: realización de entrevistas individuales al niño, aplicación de instrumentos psicométricos, entrevista con adulto responsable, llenado de ficha de atención individual, elaboración de informe en 20 días hábiles y realizar seguimiento.

c. Incorporar en el proceso a las familias del 75% de los niños.

Actividades: entrevista familiar, sesión de devolución posterior al término del informe.

2. Elaborar informes técnicos que permitan asesorar a los tribunales y fiscalías en la adopción de medidas que contribuyen efectivamente en la restitución y reparación de los derechos vulnerados de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al centro y sugerir su derivación a la alternativa más adecuada.

Las metas de este objetivo son:

a. Sugerir medidas de intervención para el 100% de los casos calificados derivados de tribunales.

Actividades: realizar informes psicosociales, sociales, psicológicos, informes periciales y de veracidad, diagnóstico de vulneraciones de derechos y redactar sugerencias en cada informe elaborado.

b. Derivar a la red institucional disponible al menos el 10% de niños con diagnóstico concluido en CTD Santiago.

Actividades: realizar coordinaciones con red institucional y materializar la derivación a atención especializada u otro cuando el caso lo requiera.

c. Realizar seguimiento al 50% de los casos derivados a la red social (al menos 2 visitas, un mes después de egresado, y entrevista con al menos 2 personas).

Actividades: efectuar visitas domiciliarias u otras de seguimiento, un mes después de egresado el niño (entrevistar al niño y adulto responsable).

3. Contribuir a la restitución de los derechos de niños, niñas y adolescentes que han sufrido una vulneración de derechos menos grave o leve y que no tienen oferta programática disponible, por medio de una intervención psicosocial terapéutica breve que incorpore los recursos y potencialidades protectoras de la familia y/o comunitaria del niño.

Las metas de este objetivo son:

a. Realizar intervención terapéutica breve a 100 niños que no dispongan de oferta programática en la red SENAME (con un plan de intervención terapéutica para el 100% de los casos y procesos terminados en un 50%).

Actividades: la intervención breve psicosocial requiere en primer lugar de una profundización diagnóstica en todos los casos, luego se realiza un plan de intervención individual (objetivos, estrategias, acciones y tiempos). Se puede realizar intervención familiar, terapia de grupo o taller grupal psicosocial.

b. Realizar seguimiento al 50% de los casos que terminaron la intervención terapéutica breve, y al 25% de casos inconclusos (al menos 2 visitas, un mes después de egresado, y entrevista de al menos 2 personas).

Cabe señalar que las actividades de este ítem referidas a intervención familiar terapéutica son llevadas a cabo por el psicólogo coordinador del proyecto y por psicólogos que se especializan en terapia breve, externos al proyecto. Los talleres psicosociales son realizados por asistentes sociales y psicólogos.

1.2 Cargos y sus funciones (ICHEH, 2004-2005).

Coordinador: coordinador del proyecto, diseño, seguimiento y evaluación del mismo. Coordinación con Red SENAME. Supervisión del equipo. Responsable del proyecto frente a SENAME. Cabe señalar que el coordinador también desempeña labores como psicólogo del proyecto, encargándose de las intervenciones en terapia breve (media jornada).

Asistente Social (2): Orientación personalizada de casos, atención en dupla psicosocial, visitas domiciliarias, derivación a la red SENAME, diseño y ejecución de talleres y otras actividades del proyecto. Coordinación con otras instituciones de Red SENAME en el ámbito social, seguimiento de casos.

Psicólogo (1 y medio): Realizar diagnósticos, atención en dupla psicosocial, intervención terapia breve, atención personalizada de casos, diseño y ejecución de talleres. Coordinación con las instituciones de oferta en salud mental de la Red SENAME, seguimiento de casos. Si bien está contemplada la realización de terapia breve, no es llevada a cabo por los psicólogos del proyecto.

Educador Social (1): Visitas domiciliarias, talleres con niños y jóvenes, además de coordinación y seguimiento con Red SENAME. Coordinación con tribunales.

Secretaria: encargada de archivos, correspondencia, recepción y central telefónica y apoyo en eventuales trabajos de terreno.

Encargado administrativo: administración presupuestaria, contable, adquisición de bienes y materiales, manejo de inventario y mantenimiento del centro. Elaboración de informe administrativo.

Estudiantes en práctica: el proyecto contempla la incorporación de estudiantes en práctica, ya sea psicólogos o asistentes sociales, quienes cumplen las funciones designadas para esos cargos, aunque con una menor cobertura de casos.

En este punto, parece relevante exponer un cuadro de las actividades de un psicólogo (jornada completa, 44 horas aprox.) referidas específicamente al diagnóstico y elaboración de informes, y el tiempo estimado para su realización.

Informes	Psico-social Psicológico	Pericia sexual	
Horas/informe	10	16	
Informes/mes	13	2	15
Horas/mes	130	32	162

*Estimación realizada en conjunto con psicóloga de proyecto CTD Santiago.

Si se consideran 176 horas aproximadamente de trabajo mensual, se estima que restarían 14 horas mensuales (3,5 horas semanales) destinadas a la realización de otras actividades y funciones contempladas en el proyecto (reunión técnica y de dupla semanal, seguimiento, creación de talleres, autocuidado).

1.3 Descripción del trabajo: equipo interdisciplinario (Observación práctica profesional).

La base para comprender el funcionamiento del proyecto CTD Ambulatorio Santiago está dada por el trabajo en equipo interdisciplinario, del cual surgen diagnósticos que comprenden aspectos tanto psicológicos, como sociales y de vulneración de derechos, trabajándose así con una visión sistémica, que aporta una mirada amplia e integral de las conflictivas del niño, su grupo familiar y entorno social, buscando potenciar recursos en cada uno de estos sistemas.

De este modo, se trabaja en con la modalidad de dupla psicossocial (2 duplas psicólogo-asistente social), contando también con el apoyo del educador social en los casos más complejos. Cabe señalar que semanalmente se realiza una reunión de cada dupla psicossocial con el coordinador del proyecto, en la cual se exponen dificultades respecto a la resolución de casos, resolviendo así distintas medidas y acciones a realizar.

Si bien la mayor parte del trabajo se realiza en ésta modalidad, existen algunas funciones que corresponden sólo a los psicólogos (pericias e informes psicológicos) así como también, otras que apuntan solamente a trabajadores sociales (pericias e informes sociales) o al educador. Sin embargo, el enfoque interdisciplinario se mantiene a lo largo del trabajo, compartiéndose éstas diferencias en reuniones técnicas semanales de equipo, en las cuales, además de abordarse temáticas administrativas y del funcionamiento del proyecto, se exponen y discuten los casos más complejos, con el objetivo de orientarlos hacia una adecuada resolución. Lo anterior enriquece las distintas disciplinas, ampliando la visión de mundo y el marco de análisis de los profesionales.

1.4 Bases técnicas de SENAME para el 2007: nuevos desafíos para los equipos de diagnóstico (Bases Técnicas Programa de Diagnóstico, SENAME, 2006b).

En torno a la Reforma Procesal Penal y a la creación de Tribunales de Familia, surgen nuevas demandas a los equipos que trabajan en maltrato y vulneración de derechos infantiles,

por lo cual SENAME realiza modificaciones a las bases técnicas de los proyectos de diagnóstico.

En primer lugar, se puede observar un cambio en la definición de diagnóstico (Reglamento de la Ley 20032), entendiéndose como “la labor ambulatoria de asesoría técnica en el ámbito psicosocial u otros análogos a la autoridad judicial competente u otras instancias que lo soliciten” (SENAME, 2006b, p.2). Por otra parte, el objetivo general de los centros de diagnóstico consistiría en “lograr la efectiva protección de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de vulneración de sus derechos, mediante la realización de una evaluación pericial oportuna y de calidad que permita dar respuesta a los Tribunales y sustente el proceso de intervención, orientada a garantizar la protección y derivación a programas de la red en caso de requerirlo” (SENAME, 2006b, p.2).

Dentro de los objetivos específicos se pueden señalar: realización de pericia psicológica o social que permita evaluar la situación en que se encuentra el niño, niña o adolescente que ha sido derivado desde Tribunales de Familia y/o Fiscalías por presentar posible vulneración de derechos, asesorar y proponer sugerencias a Tribunales y Fiscalías para la adopción de medidas que contribuyan a la restitución y reparación de derechos, realizar una defensa técnica del informe ante la instancia judicial que lo solicite y efectuar coordinaciones para derivar los casos de vulneración grave a la red pública, privada o de SENAME (SENAME, 2006b).

Al respecto, se podría señalar que las principales modificaciones a los programas de diagnóstico serían:

- Condición de pericia de todos los informes realizados por algún profesional del equipo, en respuesta a la solicitud de tribunales o fiscalía; entendiéndose por pericia “la opinión fundada de aquel que cuenta con la formación profesional y el conocimiento especializado que el juez o fiscal solicita” (SENAME, 2006b, p. 3).
- Realizar una defensa técnica del informe elaborado, ante la instancia judicial que lo solicite.
- Elevada exigencia de las pericias forenses, especialmente en evaluaciones de delitos sexuales.
- Cambio de formato de los informes, nuevos requerimientos.
- Derivar a atención especializada en reparación al 70% de los casos en que se evalúe daño asociado a vulneración de derechos grave.
- Evaluar la calidad de los recursos parentales protectores de los niños en el 100% de los casos.

- Énfasis en aplicación de psicometría e instrumentos de apoyo a la evaluación pericial.
- Ingreso vía tribunales o fiscalía, excepcionalmente ampliable a la red local.
- Tiempo para la realización de evaluación pericial se reduce a 10 días.
- Exigencia de experiencia y formación en evaluación forense, clínica y familiar.
- Exigencia de un psicólogo y asistente social jornada completa por cada 25 casos de atención simultánea.

Asimismo, cabe señalar que, a raíz de estas reformas, se han incorporado nuevas temáticas de evaluación, tales como habilidades parentales, cuidado personal y relación directa y regular con el niño, lo que se traduce en nuevas demandas para estos profesionales.

Respecto a estas modificaciones, llama la atención que se pretende disminuir el tiempo para la realización de los informes y aumentar del número de casos ingresados y atendidos mensualmente para cada profesional. A esta situación se agregan las mayores especificaciones técnicas de los informes periciales y la obligatoriedad de asistencia a la defensa de éstos a juicios orales, por lo cual se estima una sobredemanda técnica y de casos en los equipos que trabajan en diagnóstico.

Al respecto, es posible señalar que actualmente en CTD Santiago no se han llevado a cabo estas reformas (específicamente aumento de ingresos y de pericias sexuales), debido a la imposibilidad por parte de la institución por responder a los nuevos requerimientos. Por ejemplo, si bien han aumentado considerablemente las derivaciones de tribunales para realización de pericias sexuales, el CTD no ha podido cumplir con las exigencias. Para solucionar este problema se crea una lista de espera, posponiéndose así las evaluaciones, lo cual provoca el sentimiento de estar acumulando trabajo continuamente (conversación con profesional).

De este modo se observa que, a medida que se instala la Reforma Procesal Penal y los Tribunales de Familia, los profesionales del equipo CTD Santiago deben adaptar sus roles progresivamente con el fin de adecuarse a las nuevas demandas, considerando que estas modificaciones se formalizarán en la licitación del proyecto para el 2007.

De este modo, surge el interés de analizar la respuesta del proyecto frente a estos cambios, basándose inicialmente en una percepción de impacto en los profesionales, quienes se observan bastante sobredemandados y cansados, con sentimientos de impotencia e incertidumbre laboral respecto a su futuro; hipotetizándose que quizás pudieran presentar algunas características del síndrome de burnout.

Respecto a lo anterior, resulta interesante realizar un análisis proveniente ya sea desde el contexto institucional, del trabajo en equipo y de los diferentes profesionales, con una

comprensión sistémica del fenómeno, para lo cual es necesario realizar una revisión teórica del concepto de burnout, lo cual se contrastará con la experiencia de práctica y observación en el proyecto CTD.

2. Definición de burnout o desgaste profesional.

Existen innumerables definiciones y conceptualizaciones que intentan describir un estado de tensión y agotamiento que se produce en algunos profesionales de ayuda que establecen contacto estrecho con personas. Entre estos podemos nombrar el estrés laboral crónico (Moreno & Peñacoba, 1999 citados en Vinaccia y Alvaran, 2004), burnout (Barría, 2003; Quintana, 2005; Torres, 2001; Vinaccia y Alvaran, 2004), desgaste profesional (Arón y Llanos, 2004), fatiga de compasión (Figley & Stamm, 1995 citados en Moreno–Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez y Losada, 2004), estrés traumático secundario (Figley, 1983 citado en Moreno–Jiménez et al., 2004), traumatización vicaria (Arón y Llanos, 2004; Pearlman & Saakvitne, 1995 citados en Moreno–Jiménez et al., 2004).

Sin embargo, uno de los conceptos más utilizados para estudiar este fenómeno es el Burnout, definido por Maslach (2003 citado en Quintana, 2005) como:

“Un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta a las personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje de trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas (...) abarca principalmente síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y sensación de reducido logro personal. Se acompaña de aspectos como trastornos físicos, conductuales y de relaciones interpersonales. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia con elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuerte tensión en el trabajo e insatisfacción laboral” (p.3).

A partir de una revisión teórica, es posible identificar tres aspectos característicos de las diversas definiciones de burnout:

- Referencia al agotamiento: de energía (Mc Connell, 1982 citado en Barría, 2003), triple agotamiento: emocional, mental y físico (Pines, Aronson y Kafry, 1981 citado en Torres, 2001), “existencia gastada” (Freundenberg, 1974 citado en Torres, 2001), agotamiento emocional (Claramunt, 1999; Gil- Monte y Peiró, 1997 citado en Barría, 2003; Maslach, 2001 citado en Barría, 2003).

- Presente en ocupaciones y empleos relacionados con servicios, en que se establece una relación de ayuda. Es necesaria la presencia de una interacción trabajador-cliente intensa y duradera para que el síntoma se produzca (Garcés de los Fayos, 2000 citado en Barría, 2003).
- Resulta de la exposición a estresores crónicos, es consecuencia de eventos estresantes (Maslach, 2001 citado en Barría, 2003). Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no a la reacción a una crisis ocasional (Claramunt, 1999), constituyéndose en un proceso gradual e insidioso, que va surgiendo de manera paulatina (Barría, 2003; Torres, 2001).

Uno de los aspectos que llama la atención respecto al burnout es que “el interés por el concepto surge de lo clínico (...) la mayoría de los estudios pioneros(...) aparecen en aquellas ocupaciones que se relacionan con personas, como son la educación, la salud, el servicio social, la asistencia judicial, la salud mental, la religión” (Arón y Llanos, 2004, p.3), lo cual indica que nace de la práctica misma, de la necesidad de conceptualizar un fenómeno que se estaba desarrollando rápidamente y en diversos sectores, que “es un constructo social que se desarrolla a partir de las relaciones laborales y organizacionales” (Garcés de los Fayos, 2000 y Gil Monte Peiró, 1999, citados en Barría, 2003, p. 225).

Respecto al concepto de burnout, puede ser fácilmente ligado al proyecto CTD Ambulatorio Santiago, ya que se constituye como un trabajo en el área de servicio, en donde se establece una relación de ayuda y donde existe una exposición a estresores crónicos –como podría ser la permanente vulneración de derechos de niños- observándose también el constante autoreporte de agotamiento tanto físico como emocional por parte de sus profesionales.

“irritabilidad, dolor de cabeza, cansancio constante, alteración del sueño, o sea, estrés laboral” (Cuestionario)

2.1 Burnout desde la perspectiva del trabajo en maltrato y vulneración de derechos de los niños.

El concepto de burnout alude su desarrollo en profesiones de ayuda y servicios, que se caracterizan por la atención directa y por el establecimiento de relaciones con los usuarios. En este contexto, es preciso destacar el aumento de complejidad del fenómeno en contextos laborales asociados a temáticas de maltrato, abuso y vulneración de derechos, especialmente en el área de la infancia (Arón y Llanos, 2004; Claramunt, 1999; Quintana, 2005), y al estado de gran necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste (Torres, 2001).

De hecho, los resultados de una investigación en funcionarios de Centros de Salud en Talcahuano (Cruzat, 2003) dan cuenta de que el maltrato infantil en todas sus formas es considerado como la situación más estresante de los fenómenos que las personas y/o familias les relatan en la atención. Una segunda situación estresante sería la presencia de pobreza y sus manifestaciones en el quehacer familiar como elemento común a las atenciones, lo que es interpretado como un tipo de violencia social.

Por su parte, Arón y Llanos (2004) plantean que el desgaste profesional “presenta una intensidad cualitativamente distinta cuando el campo de trabajo se refiere a la violencia (...) el trabajo en esta área puede describirse como profesión de alto riesgo (...) lo que implica que para trabajar en ésta área hay que tomar precauciones” (p.3).

Por otra parte, Claramunt (1999) hace referencia al estrés derivado de la exposición a un trauma, señalando que “las personas que trabajamos con víctimas de trauma estamos también en contacto con la violencia y su amenaza (...) [lo que tiene] consecuencias en la forma que interpretamos el mundo y las relaciones personales al igual que la víctima” (p. 14). Respecto a lo anterior, señala que conceptos como Traumatización vicaria o Desorden de estrés post traumático logran identificar los procesos de cambio que experimentan las personas que ofrecen ayuda en el campo de violencia intrafamiliar, evidenciando la “similitud entre los efectos del abuso directo y el de ser testigo de éste” (Claramunt, 1999, p. 14).

Arón y Llanos (2004) proponen nombrar estas reacciones como “desgaste profesional”, buscando una reformulación del problema que implica un “cambio en los niveles de conceptualización y de responsabilidad, reformulación que permite definir el conjunto de dificultades que afectan al operador social, a los equipos y a los usuarios en términos manejables, poniendo énfasis en el desempeño profesional y en las temáticas de trabajo” (p. 4).

En relación a la importancia de la temática de maltrato y violencia en el desarrollo de burnout y al trabajo en equipo, Arón y Llanos (2004) proponen tres conceptos para comprender este fenómeno:

- a. Contaminación temática: el trabajar con temas de alto impacto emocional y de daño permanentemente “equivale al contagio y la contaminación que ocurre insidiosamente al vivir en contacto cercano con sustancias tóxicas” (Arón y Llanos, 2004, p.4). Este impacto emocional se traduce en:
- b. Traumatización Vicaria: efecto de reproducir en uno mismo los síntomas y sufrimientos de las víctimas al trabajar profesionalmente con ellas o con los victimarios. “El operador

se conecta con sus propias vivencias de abuso y maltrato, concientes o no concientes, actuales o pasadas” (Arón y Llanos, 2004, p. 5).

- c. Traumatización de equipos: efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de violencia. Es decir, “algunos son percibidos por los demás como abusadores, la mayoría se percibe a sí mismo como víctima, los equipos se disocian, se arman coaliciones, triangulaciones” (Arón y Llanos, 2004, p. 5).

De este modo, se reconoce que en los equipos existe daño a nivel personal, pero se señala que la reformulación de estos problemas como traumatización de equipos permite abordarlos desde una perspectiva grupal y temática, más que individual -que ha sido la forma de abordarlo tradicionalmente (Arón y Llanos, 2004).

Respecto a todo lo anterior, si bien el proyecto CTD Ambulatorio Santiago no corresponde a un centro especializado en maltrato infantil, es usual observar un gran número de niños evaluados que se encuentren en situación de riesgo y vulneración de sus derechos, pertenecientes a familias con diversos problemas y carentes de redes sociales, lo cual podría constituirse en un importante factor de riesgo para la salud de los profesionales que los atienden, debido a la intensidad de las temáticas abordadas, y a la complejidad y dificultad de cada caso. En este sentido, se podría señalar que el equipo CTD Santiago se encontraría constantemente expuesto a temáticas de alto impacto emocional, a contaminación temática que se podría reflejar en traumatización tanto de los profesionales como del equipo.

“somos seres humanos, sentimos, reímos, lloramos, por tanto no es nada fácil estar escuchando y analizando la bajeza del ser humano cuando violenta o destruye lo más sagrado de un niño” (Cuestionario).

Finalmente, cabe destacar que la conceptualización de “desgaste profesional” de Arón y Llanos (2004) podría resultar enriquecedora respecto al análisis de éste fenómeno en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago, debido a que sitúa el problema en un contexto relacional, lo que permite distinguir dificultades existentes tanto en los profesionales del equipo, como a nivel institucional y en relación al las temáticas abordadas o al contexto, descentrando el análisis de la sintomatología de cada profesional, ampliando así las posibilidades de intervención.

2.2 Acerca de las fuentes de Burnout y los factores de riesgo.

Si bien, hasta ahora se ha puesto en relieve el tema del trabajo en maltrato como fuente de desgaste profesional (Arón y Llanos, 2004; Claramunt, 1999; Cruzat, 2003; Charnes, 2001 citado en Torres, 2001; Quintana, 2005; Torres, 2001); Barudy (2000, citado en Quintana, 2005) señala que no debe ser explicado de manera reductora por la temática, sino que también por los escasos recursos y malas condiciones de trabajo, así como por las expectativas exageradas de las instituciones y de la opinión pública.

Por otra parte, diversas investigaciones ponen énfasis a características individuales en el surgimiento de burnout (Charnes, 2001 en Torres, 2001; Vinaccia y Alvaran, 2004), encontrándose también un gran número de investigación asociada a factores de nivel de equipo, organizacional, suprainstitucional y contextual (Barría, 2003; Cruzat, 2003; Quintana, 2005; Santana, 2003). De este modo, se desarrollan distintas perspectivas acerca de las fuentes de burnout, que permitirían realizar un análisis bastante completo de las fuentes de desgaste profesional en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago.

a. Individual

Tradicionalmente se ha entendido el burnout desde esta perspectiva, encontrándose definiciones que ejemplifican claramente esta tendencia, tales como: “respuesta al estrés laboral, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto” (Gil Monte y Peiró, 1997 citado en Cruzat, 2003, p. 154) o “cada persona recibirá las demandas excesivas del entorno de manera diferente, por lo que el Burnout afectará o no (...) de acuerdo a su salud física y mental propios” (Torres, 2001, p.1).

De este modo, se asocia el burnout a características propias de la personalidad (ansiedad neurótica, baja autoestima, locus de control, dificultad en poner límites, relaciones sociales) (Charnes, 2001 citado en Torres, 2001; Maslach, Schaufeli & Marek, 1993 citados en Barría, 2003) y se desarrollan perfiles sociodemográficos y psicológicos en relación al profesional más proclive al burnout (Atance, 1997 citado en Torres, 2001; Barría, 2003; Charnes, 2001 citado en Torres, 2001; Garcés de los Fayos, 2000 en Barría, 2003; Torres, 2001).

Desde esta perspectiva, Maslach (2001 citado en Barría, 2003) señala que “en los estudios de los últimos 25 años predominaba la hipótesis de que las personas idealistas tienen más riesgo de burnout” (Maslach, 2001 citado en Barría, 2003, p.216), “profesionales más inquietos y comprometidos” (Ander-Egg, 1996 citado en Barría, 2003, p.215). Sin embargo,

luego afirma que las relaciones entre burnout y características personales no son tan grandes como para factores circunstanciales, lo cual sugiere que es más un fenómeno social que individual (Maslach, 2001 citado en Quintana, 2005).

b. Equipo

En torno a esta perspectiva, Morales & Lira (1996, citado en Santana, 2003) manejan el concepto de Riesgos de Equipo, señalando que los propios elementos de la dinámica grupal ponen en riesgo al equipo en el desarrollo de la tarea constituyente, o sea, que de la propia condición de equipo se puede derivar un eventual riesgo laboral. De este modo, sostienen que los grupos experimentan en su interior ansiedades básicas adscritas a polaridades emocionales, a partir de las cuales los mismos equipos desarrollan defensas de carácter grupal que se expresan en la negación de ansiedad o la amplificación de éstas.

Las constelaciones polares son derivadas de la experiencia de equipos de intervención en reparación a víctimas de violencia política en Chile durante la dictadura militar (Morales & Lira, 1996, citados en Santana, 2003). Estas son:

- Omnipotencia v/s Impotencia: negación de limitaciones, idea de capacidad ilimitada de acogida, comprensión empática o promoción de una motivación que los consultantes no presentan.
- Confianza ingenua v/s desconfianza paranoídea: acoger acríticamente a consultantes con historias traumáticas respecto a un victimario no corroborado (pudiendo obtener esa información).
- Sobreinvolucración afectiva v/s distanciamiento emocional: no existe encuadre claro, se apela a la acogida, desde la proyección de los consultantes al equipo como el Estado reparador. Puede generar dinámicas simbióticas o expulsivas respecto a los consultantes.

Por otra parte, Morales & Lira (1996, citados en Santana, 2003) señalan que los mecanismos de defensa utilizados por el equipo, los cuales pueden generar o potenciar conflictos no resueltos, son: hostilidad intraequipo, sociabilidad forzosa, jerarquización política, burocratización y sobrevaloración técnica.

c. Organizacional

Respecto a los estudios en torno al funcionamiento de la institución u organización en relación a desgaste profesional, la mayoría de ellos señalan como factores incidentes el conflicto y ambigüedad de roles, expectativas poco realistas sobre el profesional, la sobrecarga

de trabajo y presiones (Barría, 2003; Cruzat, 2003; Charnes, 2001 citado en Torres, 2001; Herrera y Ledo, 1999 citado en Barría, 2003; Quintana, 2005; Vinaccia y Alvarán, 2004).

Por otra parte, Barría (2003) en un estudio con asistentes sociales de la red SENAME, se suma a la idea de la inestabilidad laboral como variable predictiva de burnout (Garcés de los Fayos, 2001 citado en Barría, 2003) y la asocia a proclividad, señalando que tal inestabilidad podría darse por el tipo de contrato (a plazo fijo y contrata a honorarios). En relación a lo anterior, se señala que situaciones asociadas a una disminución de control por parte del profesional (en tipo de contrato, por ejemplo) influyen en la percepción de estabilidad laboral (Charnes, 2001 citado en Torres, 2001). Por otra parte, también se afirma que los bajos ingresos podrían afectar la motivación laboral (Barría, 2003; Gil Monte y Peiró, 1997 citado en Barría, 2003).

Finalmente, se encuentran factores relacionados al desgaste profesional más ligados a los grupos humanos en el trabajo, tales como: ausencia de espacios de aprendizaje, reflexión y elaboración, falta de participación en toma de decisiones importantes, falta de comunicación y coordinación entre profesionales, liderazgo y supervisión inadecuados, ausencia de entrenamiento y orientaciones frente a la problemática, escasos espacios de interacción social y apoyo mutuo (Charnes, 2001 citado en Torres, 2001; Quintana, 2005). Al respecto, Arón y Llanos (2001 citados en Quintana, 2005) señalan que si no hay apoyo social adecuado en condiciones de estrés, existe una alta probabilidad de que los profesionales culminen en burnout.

d. Suprainstitucional y contextual

Esta perspectiva ha sido desarrollada principalmente por Quintana (2005), quien señala que uno de los factores contextuales generales en el desarrollo de desgaste profesional tiene que ver con los cambios de modelo económico ocurridos en el país, lo que repercute en que “cada vez hay que trabajar más para mantener los estándares de vida socialmente aceptados” (p. 4).

Por otra parte, señala que en el trabajo en temáticas de maltrato hay una falta de coordinación intersectorial, donde existen “distintas instituciones yuxtapuestas y cerradas en sí mismas” (Quintana, 2005, p. 4), señalando también que los sistemas institucionales se encuentran muy jerarquizados por lo que no se adecuan a los sistemas funcionales de coordinación (incoherencia entre políticas de acción y datos que surgen de la práctica).

Otra dificultad en este nivel dice relación con las condiciones físicas y sociales del trabajo (Torres, 2001), señalándose que mientras más personas asisten a servicios de ayuda,

menos son los recursos asignados a estos servicios (Barría, 2003; Barudy, 2000 citado en Quintana, 2005). Por su parte, Barría (2003) especifica que las condiciones materiales del trabajo tales como hacinamiento, recursos de locomoción y seguridad en las visitas domiciliarias son factores importantes asociados a burnout, mencionando como otro factor de riesgo el escaso reconocimiento social de las profesiones de ayuda.

Para finalizar, Quintana (2005) señala que los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más importante en el desarrollo del burnout que los del individuo.

Respecto a las diversas perspectivas desarrolladas, es preciso señalar que si bien se podrían reconocer variables a nivel individual en el desarrollo de burnout en los profesionales del equipo CTD Ambulatorio Santiago, en este trabajo se propone poner un mayor énfasis en el análisis de factores de carácter institucional y contextual, debido principalmente a la evidencia empírica que los destaca como principales fuentes de burnout en el contexto de trabajo con violencia (Quintana, 2005).

Al analizar las fuentes de burnout a nivel de equipo, se estima que las polaridades emocionales desarrolladas por Morales & Lira (1996, citado en Santana, 2003) podrían ser aplicadas al análisis del CTD Ambulatorio Santiago, pudiéndose observar, por ejemplo, sentimientos de omnipotencia e impotencia ligados a los casos, en donde generalmente el profesional se encontraría bastante más motivado que las familias en la resolución de sus conflictos, empujándolos constantemente, y sintiendo, a su vez, que las situaciones no tienen salida. Asimismo, y entendiendo la complejidad de la relación que establece el operador con los usuarios, no es difícil imaginar el surgimiento de sentimientos de confianza v/s desconfianza, o de sobreinvolucración afectiva v/s distanciamiento emocional. En este punto, es importante recordar que Morales & Lira (1996, citado en Santana, 2003) señalan que estas ansiedades surgirían de las dinámicas grupales mismas que estarían ligadas estrechamente a la tarea desempeñada, la cual se relacionaría también a temáticas y contexto de violencia.

Por otra parte, respecto a los mecanismos de defensa señalados por Morales y Lira (1996, citados en Santana, 2003) frente a éstas ansiedades, si bien en el equipo CTD Santiago se podría hipotetizar el desarrollo de sobrevaloración técnica en la resolución de los casos, podría estar dada también por la elevada exigencia técnica que el trabajo tiene de por sí.

Acerca de las fuentes de burnout organizacionales, en la actualidad se observa en el CTD Ambulatorio Santiago la existencia de una evidente sobrecarga laboral, frente a lo cual los profesionales reportan sentir bastante incertidumbre respecto a su futuro laboral, principalmente

debido a la licitación del proyecto para el 2007, que contempla un aumento considerable tanto en las plazas de atención como en la complejidad de los diagnósticos, no considerando aumento de recursos humanos.

“hay compañeros que se llevan pega para la casa, trabajan de noche o el fin de semana, han traído sus computadores” (Cuestionario).

“a partir del tema de la licitación, solicitamos una reunión extraoficial con el coordinador, en donde al menos yo le di a conocer mis aprehensiones respecto al futuro del proyecto y lo que espero en términos profesionales” (Cuestionario).

Por otra parte, en relación a los roles, estos han ido modificándose al son de la Reforma Procesal Penal y creación de Tribunales de Familia, observándose que tanto psicólogos como asistentes sociales se han visto exigidos a desarrollar destrezas y recursos – que no se encontraban definidos en el proyecto original- con el objetivo de cubrir las nuevas demandas. De este modo, es posible señalar que los factores anteriormente descritos -sobredemanda laboral y confusión de roles- que se constituyen como importantes fuentes de burnout organizacional en investigaciones señaladas, se observarían en el desarrollo del proyecto CTD Santiago como un importante factor de riesgo.

Resulta interesante destacar los conceptos de inestabilidad y control utilizados por Barría (2003), en el análisis del proyecto CTD Santiago, que dicen relación, por ejemplo, con el tipo de contrato, observándose que los profesionales del proyecto tienen contrato a honorarios (que se renueva de acuerdo a la evaluación y renovación del proyecto) y consideran que su sueldo es bajo en relación a la complejidad de su trabajo; pudiéndose hipotetizar la existencia de estos sentimientos de inestabilidad y falta del control que podrían asociarse a proclividad de burnout.

“[asociado a burnout] complejidad de los casos, cansancio del año, intensidad de los diagnósticos, inestabilidad laboral (contractual), falta de espacios de cuidado personal y de equipo” (Cuestionario).

“me dan rabia los refuerzos solo verbales al trabajo y que no se traduzcan a nivel remunerativo u otras compensaciones” (Cuestionario).

Respecto a los factores organizacionales ligados a los grupos humanos en el trabajo, es importante destacar que el equipo de trabajo del proyecto CTD se caracteriza por una relación bastante positiva de sus integrantes, compartiendo espacios de reflexión y toma de decisiones en conjunto respecto a los casos (en reuniones técnicas), con una buena comunicación y coordinación entre los profesionales, existiendo también supervisión de los casos de la dupla psicosocial con el coordinador del proyecto. Sin embargo, se observa que estos espacios de interacción disminuyen al aumentar la demanda de trabajo, lo cual representaría un importante

factor de riesgo de desgaste profesional (por ejemplo, se suspenden algunas reuniones o se posponen jornadas de autocuidado por sobrecarga laboral).

“no hay reuniones técnicas en forma adecuada, no hay reuniones de dupla, etc.” (Cuestionario).

“se privilegia el trabajo técnico que el autocuidado” (Cuestionario).

Otro factor organizacional dice relación con la capacitación de sus profesionales, observándose algunas instancias llevadas a cabo por la institución, a petición de los equipos de trabajo, que se asocian principalmente a las nuevas demandas del sistema judicial (capacitación en Tribunales de Familia y elaboración de pericias psicológicas en niños y lactantes, por ejemplo); lo cual podría constituirse como un importante apoyo hacia la labor de los profesionales.

Finalmente, respecto a factores contextuales en el desarrollo de desgaste profesional, se podría señalar que las condiciones físicas y sociales del trabajo afectarían en algún grado a los profesionales. Una de las situaciones que podría reflejar lo señalado se refiere a las visitas domiciliarias, las cuales son descritas por asistentes sociales del proyecto CTD Ambulatorio Santiago como una situación de alto riesgo, que provocaría un sentimiento de desprotección por parte de la institución y por el contexto del trabajo en general.

“todo trabajo implica un riesgo (...) un ejemplo claro son las visitas domiciliarias, las que se hacen a pie o en micro” (Cuestionario).

Por otra parte, existe la percepción de un aumento considerable de la demanda y escasez de centros de atención en violencia infantil. Este hecho resulta bastante desconcertante, observándose, por correspondencia, en la licitación de los proyectos de diagnóstico para el 2007, el aumento considerable del número de atenciones para cada centro -sin considerar el aumento de recursos humanos- lo cual podría constituirse en una situación bastante desfavorable para los profesionales de los proyectos, quienes se verían sobredemandados y superados por las condiciones laborales.

“condiciones laborales no mejoran, el sueldo es el mismo y la exigencia es cada vez mayor” (Cuestionario).

“[Sename] podría atinar y bajar la cobertura de casos asignados a los CTD” (Cuestionario).

Lo anterior hace pensar en un ajuste de programas por parte de SENAME según la inmediatez de la contingencia, sin consideraciones de diseño a largo plazo y menos aún orientado a la salud de sus equipos de trabajo.

2.3 Modelo explicativo-relacional de la tendencia al burnout en equipos que trabajan con maltrato infantil grave (Quintana, 2005).

Quintana (2005) señala que la falta de políticas públicas consistentes en maltrato infantil es el eje principal que anuda a la mayoría de los fenómenos asociados a desgaste profesional en profesionales que trabajan en ésta área, tales como: discrepancias y falta de coordinación con el sistema judicial, dinámicas de la temática abordada, omnipotencia de la institución, liderazgo autoritario y paternalista, y confusión de roles entre el operador socio-legal y el terapeuta.

Esta falta de políticas públicas se expresaría, en primer lugar en la inexistencia de un ente que centralice y entregue lineamientos técnicos respecto al tema del maltrato, lo cual generaría descoordinación de los centros que trabajan en el área en distintas etapas de intervención y dificultades en el trabajo en red (Quintana, 2005).

En segundo lugar, señala que existen distintas concepciones con las que se trabaja en torno al niño desde los centros especializados y los tribunales (en los primeros, sujetos de derecho y protección), lo cual se expresa en discrepancia entre los centros y tribunales de justicia. La falta de coordinación con el sistema judicial se observa en la dificultad de establecer un diálogo consensual, siendo la especificidad técnica de cada disciplina un obstáculo para ello. Lo anterior provocaría bastante frustración y tristeza tanto en el operador como en los usuarios, debido a que las sugerencias y recomendaciones muchas veces no son tomadas en cuenta (Quintana, 2005).

Por otra parte, la falta de políticas públicas en maltrato se asociaría a la carencia de centros especializados, en relación a la creciente demanda de atención, lo que provocaría, como estrategia, sentimientos de omnipotencia tanto de la organización como de los operadores, quienes tenderían a ir más allá de su rol. Esto se explica por la necesidad de legitimarse frente a tribunales, lo que se traduce en recibir indiscriminadamente su demanda, sobreelaboración de informes psicosociales y peritajes. Cabe señalar que tal inversión de energía es efectiva, por lo que se refuerza la sensación de omnipotencia, negándose el impacto emocional y la necesidad de autocuidado. A lo anterior, se suma el sentimiento de que el problema de maltrato es depositado en ellos por la sociedad y la percepción de que su trabajo tiene un impacto mínimo en la problemática (Quintana, 2005).

De este modo, Quintana (2005) señala que lo anterior descrito en relación a políticas públicas inconsistentes en maltrato, sumado a las características de la temática y a dificultades

organizacionales (omnipotencia organizacional, confusión de roles entre operador socio-legal y terapeuta, y liderazgo autoritario y paternalista, por ejemplo), generaría desgaste emocional que podría derivar en burnout en los trabajadores.

A modo de reflexión respecto a estos fenómenos descritos por Quintana (2005), es posible observar en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago bastantes tensiones con el sistema judicial, tales como: delimitación de plazos para la realización de informes en un tiempo muy reducido, diferencias en el lenguaje técnico, dificultad en comprensión del trabajo de los profesionales (aún después de la creación del consejo técnico en Tribunales de Familia), por nombrar algunas. Al respecto, y luego de la Reforma Procesal Penal y creación de Tribunales de Familia, los profesionales del CTD han establecido relaciones más estrechas tanto con fiscalía como con tribunales, con el objetivo de aclarar malos entendidos y confusiones, labor que podría resultar desgastante para éstos, ya que se han ido sumando paulatinamente más funciones a su rol.

De este modo, el equipo ha ido sumando cada vez más labores, con el objetivo de responder adecuadamente a las entidades correspondientes, pudiéndose observar omnipotencia de la institución, en donde se es capaz de “dar todo” por resolver adecuadamente un caso. Por otra parte, los profesionales reportan sentir bastante presión debido a que sienten que su trabajo lo deben rendir a una “doble jefatura”: por una parte deben responder los requerimientos de SENAME para mantener la subvención del proyecto y por otra, a la demanda de los tribunales respecto a los plazos y especificidades de los informes. De este modo, se podría hipotetizar el desarrollo de omnipotencia de la organización, como mayor dificultad organizacional en el proyecto CTD Santiago.

“por deber y ética hay que continuar haciendo la pega y ahí la motivación son los niños, sin embargo, el trabajo ya no se disfruta, cada caso lo siento más cuesta arriba” (Cuestionario).

“que se haga caso omiso a la natural afectación con dichas situaciones humanas, ya que el tiempo disponible apenas alcanza para el trabajo técnico propiamente tal” (Cuestionario).

Respecto a la confusión de roles como dificultad organizacional, señalado por Quintana (2005), se podría señalar que en el proyecto CTD Santiago podría estar asociado a mayor exigencia y ampliación del rol de psicólogo o asistente social a peritos. De este modo, se observa que los profesionales -que debieran cumplir un rol neutral de perito- establecen vínculos con los niños y familias atendidas, pudiendo ser la derivación un tema que provoque cierta incertidumbre respecto al futuro de los casos. En este sentido, el trabajo en red es de gran relevancia en el proyecto, constituyéndose en una base importante del trabajo; observándose

que si bien, en el proyecto CTD se desarrolla adecuadamente, la carencia de centros especializados podría constituirse en una dificultad.

En relación a todo lo anterior y a las progresivas exigencias a las cuales estarían expuestos los profesionales, se podría comprender el surgimiento de sentimientos de desprotección en los profesionales, de “estar cuidando a otros sin ser cuidado por nadie”, especialmente sumado a la percepción de inexistencia de estrategias, ya sea por parte de la institución o de SENAME, que contemplen el bienestar de los trabajadores en lo concreto.

“me da rabia que no tengan consideración con los profesionales. Parece que al ICHEH [actualmente Fundación León Bloy] no le interesa la salud mental de los equipos. Al Sename tampoco”(Cuestionario).

2.4 Consecuencias del burnout.

Arón y Llanos (2004) señalan que:

“Quienes trabajan con víctimas de cualquier tipo de violencia están expuestos a un nivel de desgaste profesional, en lo personal que puede llegar al agotamiento profesional o burnout y ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo. A la vez que estas temáticas impactan también a los equipos de trabajo erosionándolos con graves consecuencias tanto para la supervivencia de los equipos, para sus integrantes como para los consultantes” (p. 1).

En relación a lo anterior, se podrían clasificar las consecuencias del burnout en distintos niveles: individual, equipo y organizacional.

a. Individual

La sintomatología del burnout ha sido descrita por diversos autores (Arón y Llanos, 2004; Caballero y Millán, 1999 citados en Barría, 2003; Moreno y Peñacoba, 1999 citados en Vinaccia y Alvaran, 2004; Torres, 2001). Por su parte, Arón y Llanos (2004) desarrollan una descripción bastante completa e inclusiva, clasificando los síntomas en:

- Físicos: Cansancio, fatiga, lentitud. Dolores de cabeza, cuello, espalda, problemas del aparato locomotor, del aparato digestivo, irritabilidad, problemas de sueño y apetito, problemas a la piel y mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades.
- Conductuales: impuntualidad y ausentismo laboral, trabajar muchas horas y lograr poco, pérdida de entusiasmo, facilidad para frustrarse, aburrimiento, rigidización y dificultad

para tomar decisiones. Dependencia a alcohol y drogas. Menéndez (s.f. citado en Torres, 2001) señala que pueden aparecer conductas paradójicas defensivas tales como: desarrollo excesivo de hobbies, dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina, seudoausentismo laboral (se limitan las horas reales de trabajo con actividades sindicales o formación continua, por ejemplo).

- Interaccionales: aislarse de los colegas, cerrarse a nuevas informaciones, irritabilidad con compañeros.
- Psicológicos: desmotivación, irritabilidad, decaimiento psicológico, sensación de vacío, deterioro del autoconcepto, visión negativa de la vida y de los demás, culpa, autoinculpación por falta de logro con consultantes, o en el otro extremo, sentimientos de omnipotencia. Vivencias que se mueven entre los polos de impotencia y omnipotencia, autoculpabilización y culpabilización de otros. Vivencias de incompetencia y fantasías de abandonar el trabajo.
- Espirituales: pérdida de fe y sentido del trabajo, crisis de valores y vocacional, cambios en ideas religiosas y en las afiliaciones a grupos de referencia.
- En el trabajo clínico: excesiva distancia con pacientes, culparlos de lo que les pasa, aumento de etiquetamiento psicopatológico, ensoñaciones durante las sesiones, hostilidad hacia los clientes, aburrimiento con consultantes, apresuramiento en diagnóstico y medicación.

Por su parte, Arón y Llanos (2004) destacan que esta sintomatología se daría en “todas las personas que trabajan en contacto con estas temáticas y en determinadas condiciones laborales” (p. 4) enfatizando así la responsabilidad en el ámbito laboral y en la temática, más que en las características individuales de cada profesional, señalando que, de este modo, se pueden desarrollar estrategias más adecuadas de abordaje y protección, ya sea desde los equipos como desde lo personal.

b. Equipo

Pueden verse afectados por la traumatización de equipos, señalada con anterioridad, surgiendo emociones de miedo intenso, persecución, sensación de abuso, abuso de poder, designación de chivos emisarios, expulsión de algún miembro del equipo o conflicto de lealtades. En los equipos que se encuentran más traumatizados se observaría aislamiento de sus miembros y dificultad para ventilar conflictos, pareciendo externamente muy silenciados. Por otra parte, en estos equipos se desarrolla desconfianza hacia el líder, activándose temores

y produciéndose una excesiva internalización de la responsabilidad personal (Arón y Llanos, 2004).

Por otra parte, los equipos traumatizados se caracterizarían por no abordar el impacto emocional que implica trabajar con la temática de maltrato, negando, desplazando o reprimiendo emociones, con el progresivo deterioro de la salud mental de sus integrantes y del clima organizacional (Quintana, 2005).

Finalmente, se señala que “la traumatización de equipos es una de las principales causas que esgrimen los profesionales y operadores sociales que abandonan en campo de trabajo” (Arón y Llanos, 2004, p.5).

c. Organizacional

“Los organismos sociales pueden enfermar igual que los organismos biológicos, constituyendo una señal de que la organización, la persona y el rol desempeñado requieren de un ajuste dinámico permanente” (Cruzat, 2003, p.153).

Al respecto, es posible señalar que existen consecuencias del desgaste profesional en el funcionamiento de la organización, tales como: ausentismo, rotación, disminución de productividad y disminución de calidad en el trabajo (Vinaccia y Alvarán, 2004). Por su parte, Arón y Llanos (2004) refieren la alta probabilidad del abandono de trabajo por parte de profesionales que han desarrollado burnout, mientras Quintana (2005) hace referencia al probable deterioro del clima organizacional.

De este modo, Vinaccia y Alvarán (2004) afirman que es necesario “considerar los aspectos de bienestar y salud laboral al evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la misma” (Vinaccia y Alvarán, 2004, p.11).

Analizando las consecuencias del burnout en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago, es posible reconocer sintomatología en los tres niveles descritos: individual, equipo y organizacional; observándose estrecha relación entre ellos, pudiendo afectarse recíprocamente.

De este modo, a nivel individual, se observa sintomatología asociada a burnout en las distintas categorías descritas, siendo mayoritariamente autoreportados síntomas físicos como dolor de cabeza, de cuello o cansancio, y psicológicos tales como irritabilidad, angustia, desmotivación y fantasías de abandonar el trabajo (Cuestionario autoaplicación). Desde esta perspectiva, es importante destacar que, en relación a los síntomas podría existir la tendencia a individualizar el fenómeno de desgaste profesional, por lo cual todo el peso y la responsabilidad en relación a su desarrollo se situaría en los profesionales.

Por otra parte, analizando el funcionamiento a nivel de equipo, se podrían observar algunas dificultades en el manejo de conflictos, los cuales -si bien no son silenciados- son discutidos y abordados entre el equipo y el líder, no llegando a un acuerdo claro y que satisfaga a las partes en su resolución. De este modo, podría desarrollarse cierta desconfianza hacia el líder, debido a la percepción de que él tiene más poder frente a la dirección del proyecto para resolver conflictos y proponer soluciones, y no lo haría.

“el coordinador (...) es quien está al tanto de lo que sucede en el equipo y el único que podría intentar modificar aquellas situaciones que afectan al equipo, o sea, tiene más autoridad para solicitar al director peticiones que favorezcan al equipo de trabajo” (Cuestionario).

Respecto al abordaje del impacto emocional del trabajo en maltrato infantil, se podría hipotetizar que el equipo CTD no lo abordaría adecuadamente, lo cual se refleja, por ejemplo, en intentos fallidos de reuniones de autocuidado (desplazados por sobrecarga laboral), y las constantes proposiciones y peticiones de trabajar los temas en relación al desgaste profesional que quedan sin efecto, lo cual va provocando sentimientos negativos asociados principalmente a los niveles de coordinación y dirección del proyecto.

“no son efectivas, puesto que no hay un trabajo específico para autocuidado, no hay ni tema, ni objetivos, ni nada” (Cuestionario).

“solo nos distraemos un día y después todos volvemos a la realidad estresante” (Cuestionario).

De este modo, es posible observar en el equipo CTD una de las consecuencias más relevantes del burnout, señalada por Arón y Llanos (2004): el deseo de abandonar el trabajo.

“siento que debo dejar el trabajo y dedicarme a otra área de intervención” (Cuestionario).

Ligado a lo anterior, se podría señalar –como principal consecuencia del burnout a nivel organizacional- que en el proyecto CTD Santiago podría existir algún nivel de deterioro del clima organizacional probablemente asociado a la percepción de los profesionales de despreocupación por parte de los niveles directivos hacia su salud física y mental.

“[la institución] no se ha hecho responsable del tema, el gran salvavidas es tirar todo a la broma, ridiculizar situaciones de estrés... ¡me carga eso!” (Cuestionario).

Desde este punto de vista del bienestar y la calidad de vida laboral, llama la atención realizar una revisión del concepto de autocuidado, con el objetivo de describir como los recursos desarrollados ya sea por el individuo, equipo u organización, pueden prevenir o revertir condiciones de tensión o malestar en el ámbito laboral y, específicamente, poder analizar

cuales son los recursos utilizados o potenciales existentes en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago asociados a estrategias de autocuidado en sus distintos niveles.

3. Concepto de autocuidado.

En Chile, en los años 90, los equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil plantean explícitamente el tema del autocuidado, amparados en el discurso de Reforma al Área de Infancia y Adolescencia gestada por el Ministerio de Justicia a través del Servicio Nacional de Menores, donde se comienzan a asumir paulatinamente los postulados de la Convención de Derechos de los Niños (1989) (Larraín y Mettifogo, 2001 citados en Santana, 2003).

Sin embargo, el concepto de autocuidado, que intenta dar cuenta de los aspectos que rodean al trabajo en torno a la violencia, se caracteriza por ser bastante difuso, abarcando “desde la salud mental de los profesionales, hasta la infraestructura institucional; desde el impacto emocional hasta los dilemas éticos” (Santana, 2003, p.3) y también porque, al igual que el concepto de burnout, surge como respuesta de los mismos equipos al sentimiento de malestar en relación al trabajo. Al respecto, Santana (2003) refiere escasa elaboración de experiencias de autocuidado en general, no existiendo una adecuada evaluación, monitoreo o difusión de éstas, que permitiera sistematizarlas, señalando también que desde SENAME no se ha definido un concepto clarificador de autocuidado, poniendo en relieve la inexistencia de una política institucional en relación a la salud laboral de sus profesionales (Barría, 2003).

Lo anterior se observa claramente en las orientaciones técnicas para programas de diagnóstico de SENAME, en donde sólo se nombran los conceptos de burnout y autocuidado, sin dar especificaciones formales ni lineamientos de acción respecto a estos fenómenos, señalando que debe existir una “noción de autocuidado en dos niveles: uno referido a la necesidad de que las instituciones protejan el recurso profesional y, segundo, a la capacidad de los profesionales de auto cuidarse” (SENAME, 2006b, p. 8).

Para comprender el concepto de autocuidado se revisará una sistematización de distintos modelos desarrollada por Santana (2003), en donde se aborda desde distintas perspectivas: Modelo de autocuidado desde la perspectiva de la enfermería, desde la perspectiva de afrontamiento a través del apoyo social, desde la perspectiva organizacional, desprendidos de la Receta de autocuidado y el Modelo Organizativo de Programa de autocuidado de Profesionales.

3.1 Modelos de autocuidado.

a. Modelo de autocuidado desde la perspectiva de la enfermería:

“El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta (...) dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Orem, 1930 citada en Santana, 2003). De este modo, el autocuidado estaría enfocado hacia la promoción de la salud en las personas, en su dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental, y en el desarrollo de habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales. Lo anterior supone trabajar con aspectos ligados a motivación y cambio de conducta, lo cual podría traducirse en “educación para la salud” (Uribe, 1999).

b. Modelo de autocuidado desde la perspectiva de afrontamiento a través del apoyo social:

Tonon (2003 citado en Santana, 2003) define apoyo social como: “todo proceso de transición interpersonal proveniente de los recursos sociales naturales o redes sociales de pertenencia, que potencian y favorecen el bienestar de los agentes implicados” (p.22), e identifica tres tipos de apoyo: emocional, instrumental e informacional. Asimismo, señala que la importancia radica en la percepción de apoyo, que tiene que ver con la valoración que hace la persona de la funcionalidad de su entorno, más que en el apoyo en sí mismo.

En el trabajo con situaciones emocionalmente demandantes, existe la necesidad de una red de apoyo contenedora (Bascuñán y Titelmann, 2002), cuyos objetivos serían principalmente la reducción de sentimientos de soledad y agotamiento emocional, y el mejoramiento del ambiente de trabajo, y donde se discuten los problemas relacionados al entorno laboral (Santana, 2003). Al respecto, Tonon (2003 citado en Santana, 2003) señala que frente al burnout se debe hacer una revisión no sólo de la situación individual, sino también la del equipo, trabajando en la línea de prevención.

c. Modelo de autocuidado desde la perspectiva organizacional:

Surge del reconocimiento de estrés laboral en organizaciones. Asume tres líneas de enfrentamiento de este: prevención o control, evasión y línea de adaptación o manejo de los síntomas (Davis, K. & Newstrom, J., 1999 citados en Santana, 2004). Esto apunta a reducir agentes de estrés presentes en los empleados utilizando métodos de enfrentamiento tales como: apoyo social, relajación, biorretroalimentación y programas de bienestar personal.

d. Modelos de autocuidado desprendidos de la Receta de autocuidado:

Morales & Lira (2000, citados en Santana, 2003), en relación a equipos psicosociales que abordan maltrato, han sistematizado en Chile una experiencia que intenta dar cuenta de una “receta de autocuidado” formulada desde los mismos equipos por medio de talleres, experiencia que se ha realizado en contextos institucionales y culturales muy distintos, tales como Perú (1997), Turquía (1996) y Angola (1998).

De este modo, se logran identificar cuatro modelos de autocuidado (Morales & Lira, 2000 citados en Santana, 2003).

1. Modelo de reivindicación Institucional. Enfatiza en condiciones institucionales, tales como: déficit de condiciones institucionales, escasa infraestructura física, inestabilidad laboral, bajos salarios, ausencia de previsión y salud para los trabajadores de los equipos.
2. Modelo de Identidad Social. Referencia al rol adjudicado y/o adjudicable tanto a los programas que trabajan en violencia como a sus profesionales. Necesidad de diferenciación y reconocimiento de la labor realizada del programa frente a la institucionalidad.
3. Modelo de Impacto Emocional. Manejo y cuidado respecto de las emociones de los terapeutas y de los efectos de la traumatización secundaria.
4. Modelos de Sociabilidad. Aspectos lúdicos, sociales y recreativos de los equipos, por ejemplo, establecer espacios y ritos de esparcimiento.

e. Modelo Organizativo de Programa de Autocuidado de Profesionales:

Jorge Barudy (s.f.) desarrolla este modelo en base a su participación en equipos que han generado estrategias de autocuidado y señala que este se basa en dos recursos:

1. Altruismo social: protección y cuidado del niño no es solo resultado de la competencia parental, sino que es producto del esfuerzo de los padres, familia y de toda la sociedad.
2. Organización en redes: eficacia y competencia profesional depende de capacidad de éstos en organizarse en redes. Las características de una red profesional que garantiza el autocuidado de sus miembros son: coherencia interna, plasticidad estructural y capacidad de asociación.

Al respecto, Santana (2003) en una investigación realizada en equipos de trabajo en maltrato infantil, afirma que en ellos el trabajo en red poseería vacíos que lo hacen en ocasiones inoperante y, por tanto, frustrante, los cuales serían explicados por implicancias legales (tribunales funcionan con criterios distintos a los de los centros) y por la red de infancia que no

cuenta con suficiente promoción. De este modo, afirma que no se cuenta con características de la red que garanticen el autocuidado de sus miembros.

La revisión de estos modelos (aclarando que posiblemente existan muchos más), da cuenta de la diversidad de percepciones, nociones y definiciones en relación al autocuidado, desde las cuales las distintas personas e instituciones van desarrollando sus propios conceptos. Al respecto, se podría hipotetizar que en el proyecto CTD Santiago existirían diversos significados del autocuidado y sus necesidades de intervención, ya sea desde los profesionales, como del equipo o la organización.

“siento que hay versiones distintas de cómo cuidarse, además dicho tema se deja a criterio de los equipos”
(Cuestionario).

Por otra parte, a partir de los modelos se pueden desprender distintas líneas de análisis del concepto de autocuidado, como por ejemplo, respecto a distintos focos y estrategias de intervención (a nivel individual, de equipo e institucional).

3.2 Focos y estrategias de intervención.

a. Individual. Si se considera el desgaste profesional como una “consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales” (Barría, 2003, p. 213-214) y bajo la premisa de que “el trabajo de cuidar a los demás requiere- para poder llevarse a cabo- de la preocupación por sí mismo, del autocuidado” (Bascuñán y Titelmann, 2002, p.2), no es difícil imaginar la orientación de intervenciones a la persona en sí misma y al desarrollo de destrezas personales que le permitan manejar esta situación.

Respecto al burnout, Golin, Bricklin & Diamond, 1995; Garcés de los Fayos, 2000 y Maslach, 1993, 2001 (citados en Barría, 2003), nombran dentro de las técnicas para su afrontamiento el abordar procesos no concientes relacionados con el burnout en intervenciones clínicas individuales, terapia racional emotiva e incluso el tratamiento farmacológico. Por su parte, el modelo organizacional propone una línea de enfrentamiento desde la adaptación o manejo de sintomatología. Al respecto, Santana (2003), refiere que el concepto de burnout permite crear estrategias de autocuidado que apuntan a su sintomatología especialmente a nivel individual, proponiendo que una visión de burnout de equipo podría ser más rica en interacciones.

b. Equipo. Resulta relevante vincular las estrategias de equipos a sus propios procesos grupales (Morales & Lira, 1996 citados en Santana, 2003), donde la voluntad, la dinámica interna, su estructura, su historia y sus crisis vitales, determinaran si se despliegan o no estrategias de autocuidado y de qué características sean éstas (Pichón – Riviére, 1985 citado en Santana, 2003).

De este modo, el desarrollo de estrategias de autocuidado pertinentes debe considerar las particularidades de cada equipo, la etapa del ciclo grupal y las necesidades sentidas en relación al autocuidado, siguiendo los lineamientos desarrollados por el propio equipo en instancias participativas (Santana, 2003).

En relación a equipos que trabajan con violencia, Arón y Llanos (2004) definen el concepto de autocuidado como factor protector de desgaste profesional. Al respecto, afirman que el primer paso para el autocuidado consiste en que los profesionales y equipos reconozcan que se encuentran en situación de riesgo, sumado a la asignación de recursos para el desarrollo de estrategias, señalando con esto que el autocuidado sería “responsabilidad de los niveles directivos e institucionales, en términos de generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo de sus equipos (...) acordes a la delicada tarea encomendada” (Arón y Llanos, 2004, p.6).

c. Organizacional. Bajo el enfoque de responsabilidad de la organización en el desarrollo del autocuidado de quienes trabajan en maltrato infantil, Quintana (2005) desarrolla una investigación cuyos resultados indican que las fuentes de autocuidado de equipo son de orden organizacional. De este modo, afirma que la diferencia entre los equipos más o menos desgastados se relaciona principalmente con fenómenos organizacionales tales como: omnipotencia de la organización, liderazgo autoritario y paternalista, y confusión de roles; los cuales son factibles de intervenir, destacando el hecho de que estos fenómenos asociados al desgaste profesional son la cara opuesta de los ligados a autocuidado.

De este modo, los principales fenómenos organizacionales asociados a autocuidado son:

- Liderazgo democrático y facilitador. Un liderazgo cercano, participativo, con legitimación técnica, dentro de una organización democrática y flexible, con canales de comunicación fluidos y un estilo administrativo no rígido, que contemple necesidades personales de funcionarios. Por otra parte, debe existir claridad de los objetivos, que contemplen dinámicas de la temática abordada, reglas organizacionales claras, clara

delimitación de roles del operador, fomento del trabajo en equipo y en red, clima laboral positivo y supervisión externa (para mirar el trabajo, evaluar dinámicas de grupo e impacto emocional de la temática). Por su parte, el líder debiera ser empático, acogedor, receptivo, asertivo y flexible. De este modo, se legitima la labor de los profesionales, el equipo se apoya en la toma de decisiones, se respetan opiniones, se reconocen necesidades de autocuidado en el equipo y se crean esas instancias (Quintana, 2005).

- Percepción realista del rol. En un contexto de liderazgo democrático, clima laboral positivo, claridad en objetivos laborales y propensión al trabajo en red, debe haber un reconocimiento de las limitaciones en el proceso de reparación del niño, ya sea desde el sistema social en torno al maltrato, el proceso judicial y las propias familias. Por otra parte, se deben reconocer las limitaciones personales para así disminuir la omnipotencia y tomar distancia de los casos. Como consecuencia de esto, el operador debería ser capaz de solicitar ayuda y apoyo al equipo, de reconocer la necesidad de autocuidado personal y de equipo, existiría motivación individual y colectiva por capacitarse, lo que deriva en percepción de eficacia personal y de equipo (Quintana, 2005).
- Demanda por supervisión externa. Se describe como posible solución más que como fuente de autocuidado. En la supervisión, un agente externo cumple el rol de facilitador de procesos y crea espacios para abordar dinámicas y conflictos grupales latentes, además de delimitar los roles del operador, lo cual disminuiría el impacto emocional de la temática, facilitaría el ejercicio de liderazgo y, finalmente generaría autocuidado en los equipos. Esta supervisión generaría una instancia “que les permita darse cuenta de su realidad y de las condiciones sociales más amplias en las que está inserto su trabajo” (Quintana, 2005, p. 15). En los equipos existen instancias internas, pero generalmente son instancias de mayor angustia donde no se resuelven los temas (Quintana, 2005).

En relación a todo lo anterior, Santana (2003) refiere al autocuidado como parte del rol institucional, señalando que se debe dar el espacio y de debe valorar este accionar como una inversión, y que en este espacio no basta sólo con dar horas, sino también contenidos a ellas y lineamientos generales, que estas horas deben ser instauradas como parte sustancial de los proyectos -destinando recursos para ello- reflejando así un compromiso con la salud laboral.

Referido específicamente a estrategias de autocuidado, se destaca la publicación de una sistematización de experiencias en cuidado de equipos que trabajan con violencia realizada

por Arón y Llanos (2004), en la cual describen clara y detalladamente estrategias en distintos niveles (individual, de equipo, institucional, de redes y suprainstitucional), distinguiendo el hecho de que “desde una perspectiva ecosistémica están todos sincrónicamente relacionados y muchas de ellas se superponen” (Arón y Llanos, 2004, p. 6); lo cual sería relevante a considerar en la comprensión y diseño de intervenciones en autocuidado.

Asimismo, resultan interesantes los hallazgos de Santana (2003), quien afirma que los equipos de la Red SENAME evalúan sus estrategias de autocuidado positivamente, pero señalan que las condiciones socio laborales deficientes en las cuales se enmarca su labor cruzan esta percepción y aparecen como inmanejables, respondiendo a variables macro sociales. Al respecto, Santana (2003) hipotetiza que este malestar podría mermar las iniciativas de autocuidado desplegadas en la actualidad, las cuales quedarían en un nivel aparente.

Al analizar los distintos focos de intervención en autocuidado es relevante señalar que, a nivel individual es importante que exista una preocupación responsable del profesional por registrar lo que le ocurre tanto a nivel físico, mental y relacional en su trabajo, con el objetivo de desarrollar estrategias que le permitan enfrentar adecuadamente las demandas de su labor. Pero es importante destacar que, según Arón y Llanos (2004) la intensidad del desgaste profesional en el trabajo en violencia es cualitativamente distinta a otros, y que en estos casos el contexto social e institucional podría superar las buenas intenciones y preocupación del profesional, quien se puede ver atrapado en una problemática contextual compleja, desarrollando síntomas. Al respecto, cabe la opción de preguntarse si ¿el foco de intervención individual podría resultar iatrogénico para el profesional, reforzando así sus sentimientos de omnipotencia o soledad, por ejemplo? En este punto, se recalca la idea de que esta perspectiva podría implicar una mayor responsabilización del profesional dejándose de lado aspectos institucionales y contextuales, lo que podría aumentar también sus sentimientos de angustia e impotencia.

Analizando el desarrollo a nivel de equipo, se podría señalar que el proyecto CTD Santiago ha centrado en su equipo los intentos de intervenciones de autocuidado. De hecho, el equipo se organiza con el objetivo de llevar a cabo estrategias de autocuidado más elaboradas para superar las demandas laborales, como por ejemplo, el surgimiento de autocapacitación del equipo frente a nuevos requerimientos en relación a la reforma Procesal Penal y Tribunales de Familia.

Asimismo, se observa el surgimiento de una fuerte necesidad de autocuidado en relación a agotamiento físico y emocional expresado por los profesionales, intentándose la

realización de jornadas de autocuidado que tendrían por objetivo el trabajo en la temática. Cabe señalar que en la mayoría de las ocasiones estas jornadas se toman en espacios meramente recreacionales y sociales, y en algunos casos no se realizan debido a sobrecarga laboral. En este punto se observa bastante presión por parte de los profesionales de hacerse cargo de su malestar, reportando a su vez incapacidad de desarrollar actividades más enfocadas a su bienestar debido al agotamiento mismo.

“se han realizado mas bien espacios de autocuidado, que tiene que ver más con diversión, que no está mal tampoco, pero hace falta en otro ámbito” (Cuestionario).

“la verdad es que nadie está con energía de más encima para elaborar y ejecutar un plan de autocuidado” (Cuestionario).

Es importante destacar que se observa en el equipo CTD Santiago bastantes recursos referidos principalmente a relaciones positivas entre los miembros del equipo, lo cual podría utilizarse a su favor en el desarrollo de un sistema de apoyo social más elaborado, en donde se compartieran las diferentes necesidades de autocuidado, con el objetivo de obtener lineamientos de intervención que surjan desde sus particularidades específicas.

Respecto al ámbito organizacional, se puede señalar que el proyecto CTD Santiago se desarrollaría dentro de una organización bastante democrática y flexible, existiendo capacitación y espacios de comunicación de los profesionales hacia su líder y directivos, lo cual podría considerarse como una fuente de autocuidado organizacional. De todos modos, es posible observar la necesidad de una redefinición clara de los roles de los profesionales y de contemplar en el diseño del proyecto las necesidades relacionadas a las dinámicas de trabajo (por ejemplo, espacios estructurados de autocuidado).

En relación al liderazgo, se observa bastante empático, acogedor y cercano, demostrando flexibilidad administrativa frente a las necesidades de los profesionales. Sin embargo, se podría afirmar que existe algún grado de conflicto en esta relación, debido a que a pesar de que el líder da espacio a las dificultades y quejas de los profesionales, no se llevan a cabo medidas resolutorias. De este modo, si bien existe una preocupación explícita por el bienestar de los profesionales, no se traduce en acciones concretas, lo cual podría deberse a un desconocimiento de las posibles soluciones, desinterés por la temática u otros motivos.

Por ejemplo, específicamente frente a la temática de autocuidado, se podría hipotetizar que existen diferentes percepciones de necesidades de intervención, las cuales diferirían principalmente entre los niveles directivos y los profesionales, pudiendo prevalecer en los primeros una noción de carácter y responsabilidad individual, centrada en la salud mental, y en

los segundos una responsabilidad institucional y social, centrada en un sentimiento de desprotección. De este modo, cada quien hablaría su lenguaje, sin ponerse de acuerdo, no llegándose a un consenso que permitiese llevar a cabo acciones orientadas al bienestar de los profesionales. En este punto, se estima que la responsabilidad sería puesta por los profesionales principalmente sobre el líder, quien funciona como puente conector entre ellos y la institución.

Por otra parte, en relación a la percepción realista del rol descrita por Quintana (2005), es posible señalar que en el equipo CTD Santiago se reconocen las limitaciones técnicas de los profesionales, lo que se refleja en la realización capacitación y autocapacitación. Sin embargo, se piensa que se debiese desarrollar un proceso explícito de reconocimiento de las limitaciones personales, de las familias atendidas, y principalmente de las judiciales, sociales y contextuales, con el fin de disminuir la impotencia u omnipotencia que podrían producir algunos casos. Por otra parte, mejorar la calidad del trabajo en red por medio de la realización constante de seguimiento (el cual está contemplado en el proyecto, pero muchas veces es dejado de lado por alta demanda de casos), también podría ayudar a disminuir la posible incertidumbre que pudiese existir en la derivación de los casos.

Cabe señalar que en el proyecto escrito del CTD Ambulatorio Santiago, si bien se observa la destinación de recursos asociados específicamente a autocuidado (existiendo fondos aparte para capacitación), no se establecen espacios formales para ello y menos lineamientos generales para su desarrollo (ICHEH, 2004-2005). Asimismo, se realizan jornadas de autocuidado en la medida que el equipo no se encuentre sobrecargado de trabajo (aproximadamente cada 3 meses), consistiendo principalmente en actividades recreacionales; estimándose así la no utilización de la totalidad de los recursos económicos. De este modo, se observa la existencia de recursos económicos en la institución, pero se estima la necesidad de darles valor en instancias de autocuidado, o sea, utilizarlos adecuadamente con un fin positivo y planificado.

“sólo asignan dinero para autocuidarse (algo por lo menos)” (Cuestionario).

“lo más adecuado es que la institución se ocupe de estas temáticas, en forma integral y con el conocimiento necesario” (Cuestionario).

V. CONCLUSIONES

En relación a lo descrito y analizado a lo largo de esta reflexión es posible señalar, como primera observación, que los conceptos de burnout y autocuidado se han complejizado y ampliado, desde una perspectiva individual, al nivel organizacional, contextual e incluso macrosocial, lo que refleja la necesidad de una explicación de estos hechos que contemple orientaciones de intervención más integrativas y efectivos.

De este modo se definen los conceptos de desgaste profesional y autocuidado desde distintos enfoques, logrando así una mirada más completa de su desarrollo en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago. En este punto, se destaca la necesidad de abordarlos de manera integrativa, reconociendo los aportes de cada uno para el entendimiento del complejo contexto en el cual se desarrolla la experiencia de práctica profesional.

En relación al concepto de burnout, es posible observar que la mayoría de los estudios hacen alusión a sus aspectos sintomáticos individuales, lo cual podría llevar a una patologización generalizada de los profesionales de áreas de servicios, pudiendo encontrarnos frente a una “epidemia” de burnout, la cual resultaría muy difícil de abordar.

Por otra parte, el término auto-cuidado hace referencia directa al cuidado del sí mismo: mientras “auto” resulta en individualidad, “cuidado” destacaría una posición bastante alarmante (por cuidarse de algo constantemente). En este sentido, si bien el cuidado enfocado en la propia persona resulta importante, en especial en psicólogos y profesionales de servicios sociales y de salud, se estima necesario ampliar el concepto, ya sea designándolo como “cuidado de equipos” o, por ejemplo, orientándolo hacia un enfoque institucional y positivo como “bienestar institucional”.

Al reflexionar acerca de las descripciones de desgaste profesional y autocuidado es posible señalar que los conceptos se encuentran íntimamente ligados, hipotetizándose que sus múltiples definiciones delimitarían distintos focos y líneas de intervención a seguir. En este sentido, se piensa que la definición de ambos conceptos desde un enfoque sistémico-relacional, que sitúe las dificultades en la relación entre los profesionales, el contexto laboral y las temáticas de trabajo, podría orientar intervenciones hacia la responsabilización de los diversos actores involucrados, ampliando las visiones del problema y centrándose efectivamente en el bienestar de los trabajadores.

De este modo, al referir el concepto de burnout, sus síntomas, factores de riesgo y estrategias de autocuidado, sin duda se consideran relevantes los procesos individuales que

desplieguen los profesionales del proyecto CTD Santiago. Sin embargo, en el desarrollo de este trabajo se decide dar una importancia primordial a factores institucionales y contextuales, los cuales han sido señalados en investigaciones afines como más determinantes del desarrollo de desgaste profesional en equipos que trabajan con violencia.

Esta decisión de otorgar mayor énfasis a factores organizacionales y contextuales también se encuentra respaldada en la propia experiencia de práctica profesional y el desarrollo de la presente investigación, en los que se reconoce una gran implicación emocional con el equipo de trabajo del CTD Santiago. De este modo, se desarrolla un proceso de identificación con los integrantes del equipo de trabajo, surgiendo sentimientos de victimización hacia estos, acompañados de sentimientos de impotencia frente a la compleja realidad laboral en la cual se encuentran insertos. Por todo lo anterior, se estima que la presente investigación se realizó centrándose en una necesidad personal de desresponsabilización del “grupo cansado”, enfatizando, por lo tanto, la urgencia de responsabilidad y protección desde los niveles directivos e institucionales.

Asimismo, el proceso descrito anteriormente puede vincularse a la contaminación temática a la cual está expuesta el equipo CTD Santiago, reconociéndose algún tipo de traumatización reflejada en ciclos de violencia en los cuales surgen tanto víctimas como victimarios, acompañados de sentimientos de ser violentado ya sea por la institución o por el sistema político-social.

A modo de síntesis del trabajo realizado, es posible detectar algunos factores de riesgo de desgaste profesional que afectarían el funcionamiento del proyecto CTD Ambulatorio Santiago, los cuales deben considerarse a la hora de orientar intervenciones en la institución. De este modo, un hecho importante en torno al desarrollo de desgaste profesional en el equipo CTD Santiago dice relación con la implementación de la Reforma Procesal Penal y de los Tribunales de Familia. En este punto, se hipotetiza que la institución se encontraría en un período de transición, adaptándose a estos cambios que han causado impacto organizacional, lo que se refleja a nivel individual y de equipo en profesionales sobredemandados y sentimientos de desprotección e incertidumbre, principalmente, lo cual constituye un importante factor de riesgo de burnout.

Otro factor de riesgo pesquizado, en relación al funcionamiento del proyecto CTD Santiago, se refiere a la inexistencia de un abordaje apropiado del impacto emocional en relación al trabajo, por lo cual surgirían sentimientos negativos y desconfianza dirigidos hacia su líder y los niveles directivos; hipotetizándose un probable deterioro en el clima organizacional,

asociado a percepción de despreocupación de la institución hacia su salud física y mental. Al respecto, se piensa que la demostración de un compromiso real por parte de la organización, asociada a la salud de sus profesionales, podría constituirse como un importante factor protector preventivo de desgaste profesional.

Por otra parte, en el proyecto CTD Ambulatorio Santiago es posible identificar recursos, los cuales deben reconocerse, explicitarse y potenciarse a favor de futuras intervenciones orientadas a la protección y cuidado de sus profesionales. De este modo, se evalúa como positivo el reconocimiento de la necesidad de autocuidarse (en la medida que movilice al grupo), las características personales del líder (empatía y flexibilidad) y principalmente se destaca la relación positiva entre los integrantes el equipo.

A partir del análisis y reflexión llevados a cabo en este trabajo, se desprende que una intervención orientada al autocuidado o cuidado de los equipos en el CTD Ambulatorio Santiago debiera incluir:

- Redefinición y clarificación de roles de los profesionales a corto plazo.
- Mejorar habilidades comunicacionales y de representatividad del líder.
- Potenciación de lo grupal como una estrategia de autocuidado: como un espacio de contención, cooperación y comunicación.
- Constitución de espacios fijos y estructurados de autocuidado, los cuales debieran mantenerse antes que disminuirse en el contexto de sobrecarga laboral. Al respecto, se propone la creación de espacios de conversación en los cuales se explore cómo las personas y el grupo se relacionan con la institución y con el trabajo. Algunas temáticas a abordar también podrían orientarse al reconocimiento de las limitaciones institucionales y contextuales o el impacto emocional sentido.
- Desarrollo de un proceso institucional de explicitación de diversas definiciones y opiniones en torno a los conceptos de burnout y autocuidado, del cual pudiera surgir una significación grupal y consenso en torno al sentimiento de malestar, desarrollándose lineamientos de intervención desde las particularidades del grupo.
- Supervisión externa de los procesos del equipo y organizacionales. Debido a la gran implicancia emocional experimentada en el desarrollo de este trabajo, se estima que un supervisor tendría una visión menos segada de los procesos grupales.
- Estrategias que contemplen el bienestar de los trabajadores en lo concreto frente a las nuevas demandas contextuales, por ejemplo: aumento de los recursos humanos,

administración de sueldos acordes al tipo y cantidad de trabajo, revisión del tipo de contrato, reducción de horas, mejora de condiciones de visitas domiciliarias, etc.

Si bien se reconoce que la implementación de estos cambios requiere de flexibilidad organizacional, es importante subrayar que las instituciones de la Red SENAME se encuentran bastante ligadas a las normativas centrales establecidas para sus proyectos, por tanto se podría hablar de una posible “flexibilidad” entre comillas. De este modo, se destaca la necesidad de la institución de llevar a cabo estrategias de autocuidado creativas y que se adapten a los requerimientos formales de SENAME.

Por otra parte, se estima que la organización SENAME, como administración central que entrega orientaciones y supervisión a sus organismos colaboradores, debiera pronunciarse con mayor protagonismo y responsabilidad respecto a la implementación de intervenciones en pos del bienestar de sus profesionales. A modo de ejemplo, podría llevar a cabo un diseño de programas a largo plazo, que contemple lineamientos institucionales de autocuidado, los cuales debieran ser evaluados en supervisiones a la par con aspectos administrativos. Como otra alternativa, un profesional del equipo CTD Ambulatorio Santiago propone la realización de jornadas de autocuidado institucional (Cuestionario autoaplicado), lo cual se evalúa como una instancia positiva en la cual los profesionales compartirían sus experiencias respecto al desgaste profesional y estrategias de autocuidado.

Vinculado a lo anterior, en el desarrollo de esta reflexión se reconoce similitud entre el proyecto CTD Ambulatorio Santiago y las investigaciones de equipos que trabajan en violencia en la Red SENAME (Arón y Llanos, 2004; Barría, 2003; Quintana, 2005; Santana, 2003), en relación a las dinámicas de desgaste profesional y estrategias de autocuidado descritas, lo cual resultaría relevante a la hora de compartir estas experiencias en un contexto de comunicación interinstitucional, que pudiese favorecer el desarrollo de una sistematización de éstas que resulte un aporte significativo a las instituciones colaboradoras de SENAME.

A modo de reflexión personal, es preciso señalar que la elaboración de este trabajo surge de la necesidad de explicar una realidad observada, vivida y compartida a lo largo de la realización de mi práctica profesional, con el interés de encontrar respuestas y soluciones en relación a una situación vivida como problema por la mayoría de los profesionales del proyecto. Al mismo tiempo, es posible señalar que trabajar junto a un equipo de profesionales resultó una instancia iluminadora, en el sentido de experimentar directamente la contención grupal en momentos laborales críticos, lo cual hace pensar en una posibilidad real de lograr cambios efectivos tanto en el funcionamiento grupal como institucional. De este modo, la finalización de

este trabajo recalca la importancia de la protección de los equipos de trabajo en violencia, esperando ser un aporte significativo al proyecto CTD Ambulatorio Santiago, pudiendo crearse una instancia de conversación de estos temas entre los profesionales, significando también una alerta a nivel institucional por el cuidado de sus equipos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arón, A. M. y Llanos, M. T. (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia [Versión electrónica]. *Sistemas Familiares*, 1-2, 5-15.
- Avendaño, C. y Román, J. A. (2002). Efectos de los Roles Múltiples en el Bienestar Psicológico en Enfermeras Chilenas. *Psykhé*, 11(2), 27-41.
- Barría, J. (2003). Síndrome de Burnout en Asistentes Sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana. *Psykhé*, 12(1), 213-226.
- Barudy, J. (s.f.). *El autocuidado de los profesionales que trabajan en programas de protección infantil*. Extraído en Enero, 2007 del sitio Web de Derechos de la Infancia:
http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/145.pdf
- Bascuñan, M.L. y Titelman, S. (2002). Taller de desarrollo personal. Rol del Autocuidado del Profesional [Versión electrónica]. *Revista Enfermería Chile*, Septiembre. Extraído del sitio Web del Colegio de enfermeras de Chile:
http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/rol_autocuidado.pdf,
- Claramunt, M.C. (1999). *Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. Programa mujer, salud y desarrollo. Serie género y salud pública. ISBN : 92 75 32264 3. Extraído del sitio Web:
<http://www.paho.org/English/HDP/HDW/autocuidadosp.doc>
- Cruzat, M. (2003). Relación de ayuda y estrés generado en la atención de la familia y estrategias de afrontamiento. *Revista de Trabajo Social*, (72), 153-160.

- Gil Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Extraído en Enero, 2007 del sitio Web: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
- Huertas, M. (2002). *Aproximación a la dinámica riesgos-autocuidado en equipos de operadores sociales que trabajan con desplazados en Pasto, Colombia*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología mención clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Instituto Chileno de Estudios Humanísticos. (2004-2005). *Proyecto CTD – Centro Diagnóstico Psicosocial Ambulatorio Santiago*. Santiago: Autor.
- Morales, G., Pérez, J.C. y Menares, M.A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano [Versión electrónica]. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 1(12), 9-25.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R. y Losada, M.M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1), 69-76.
- Quintana, C.G. (2005). El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave [Versión electrónica]. *Psykhe*, 14(1), 55-68.
- Santana, A. (2003). *Estrategias de autocuidado en equipos profesionales que trabajan en maltrato infantil*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Psicología mención social-comunitaria. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Servicio Nacional de Menores (2006a). *Guía para la Intervención Técnica en Protección de los Derechos de la Infancia*. Santiago: Autor.

Servicio Nacional de Menores (2006b). *Bases Técnicas Programa de Diagnóstico*. Extraído en Noviembre, 2006 del sitio Web de Sename: http://www.sename.cl/interior/publicaciones/bases_tecnicas/7-BTE%20Linea%20Diagnostico.pdf

Tapia, C. e Iturra, V. (1996). Práctica de Autocuidado en los Profesionales de Antofagasta. *Horizonte de Enfermería*, 7(1), 5-12.

Torres, C. (2001). ¿Estrés o Burnout? *Agenda Salud. Publicación trimestral del Programa Mujeres y Salud de Isis Internacional*, 24. Extraído el 05 de Octubre, 2006 de: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm>

Uribe, T.M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2(17). Extraído del sitio Web de Universidad de Antioquia: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/contenido99.htm>

Vinaccia, S. y Alvarán, L. (2004). El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: Un estudio exploratorio. *Terapia Psicológica*, 22(1), 9-16.

Zas Ros, B. (2006). Prevención en Instituciones de Salud: una tarea necesaria. Extraído en Enero, 2007 del sitio Web: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-144-1-prevencion-en-instituciones-de-salud-una-tarea-necesaria.html>

ANEXO**CUESTIONARIO AUTOAPLICADO**

1. ¿Has sentido algún tipo de malestar asociado a tu trabajo? ¿qué tipo? (a nivel físico, conductual, psicológico, interpersonal)

2. Si la respuesta es sí, ¿a que lo asocias?

3. ¿Qué consecuencias ha traído a los distintos niveles de tu vida? (laboral, social, personal)

4. ¿Han habido dificultades o problemas a nivel de equipo en tu trabajo? ¿en qué consisten? (relaciones, dinámicas, actitud, rendimiento, etc.) ¿a qué los asocias?

5. Si existiese malestar personal y de equipo en tu trabajo ¿Cuáles crees que serían los principales factores de riesgo asociados a ello?

6. ¿Cómo se te ocurre que podría abordarse más adecuadamente este problema en tu trabajo? ¿Quién(es) sería(n) responsable de ello?

7. ¿Consideras que tu trabajo es riesgoso? Si la respuesta es sí, ¿en qué aspectos?

8. ¿Consideras necesario el autocuidado en tu trabajo? ¿por qué?

9. ¿Has llevado a cabo estrategias de autocuidado a nivel personal? ¿cuáles? ¿son efectivas?

10. A nivel de equipo, ¿se han llevado a cabo estrategias de autocuidado? ¿cuáles? ¿son efectivas?

11. ¿Crees que la institución a llevado a cabo estrategias de autocuidado? ¿cuáles? ¿son efectivas?

12. En relación a tu trabajo, ¿Cuáles crees que podrían ser estrategias de autocuidado en distintos niveles?

-Individual:

-Equipos:

-Organizacional:

- Otro:

13. ¿Cómo crees que debería ser una estrategia de autocuidado efectiva?

14. Según tu opinión: ¿Quién(es) debería(n) tener mayor responsabilidad en relación a la temática de autocuidado? ¿por qué?